

GOLD - ДОБРИ ПРАКТИКИ ЗА ВЪЗРАСТНИ ХОРА

ДАННИ ЗА СЪСТОЯНИЕТО И НУЖДТЕ НА СТАРИТЕ ХОРА В БЪЛГАРИЯ



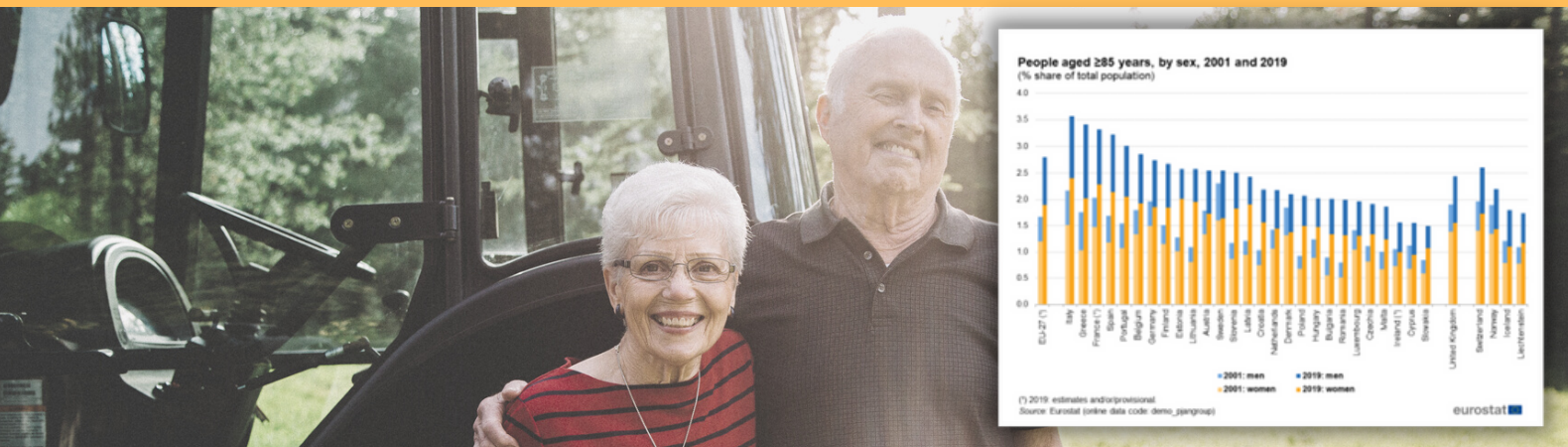
АВТОР: СДРУЖЕНИЕ ПОКОЛЕНИЯ

Подкрепата на Европейската комисия за изготвянето на настоящата публикация не представлява одобрение на съдържанието, което отразява гледните точки само на авторите и не може да се търси отговорност от Комисията за всяка употреба, която може да бъде използвана за информацията, съдържаща се в нея.
Project number: 2020-1-EL01-KA204-078895



Съфинансиран от програма
„Еразъм+“
на Европейския съюз

НАСЕЛЕНИЕ НАД 65 ГОДИНИ



България претърпява дълбока социално-икономическа трансформация, породена от извънредни демографски промени. Между 1950 и 1988 г. населението ѝ нараства от 7,3 милиона до близо 9,0 милиона а след това за половината от това време намалява до 7,5 милиона през 2010 година. Ниската раждаемост, високата смъртност и значителната емиграция обясняват бавния прираст на населението през 90-те години, както и рязък спад през последните 2 десетилетия. Само емиграцията допринесе за 10% намаление на икономически активното население.

България регистрира най-големия спад на населението в трудоспособна възраст от всички държави. Това потенциално ще упражни голяма тежест върху икономиката. Хората на възраст над 65 г. съставляват 20,06% (562 513 мъже / 835 053 жени) от населението (оценка към 2020 г.). Според прогнозите на ООН предлагането на работна ръка ще намалее с до 40% до 2050 г. Очаква се коефициентът на зависимост от старостта, т.е. делът на възрастните хора, да се удвои през следващите четири десетилетия. Към 2050 г. всеки трети българин се очаква да е на възраст над 65 г. и само две трети от българите ще бъдат в трудоспособна възраст. Тъй като делът на населението, което работи, е ключов фактор за нивото на доходите на дадена държава, спадът му вероятно ще намали растежа.

Колкото повече нараства производителността, толкова по-лесно ще бъде България да се справи с това демографско предизвикателство. Предвид намаляващото население в трудоспособна възраст България ще трябва да разчита на растежа на производителността, за да поддържа растежа на съвкупния доход. Ръстът на производителността означава, че една държава е в състояние да произвежда повече продукция при еднакви вложения на капитал и труд. Тъй като продукцията на работник се увеличава, по-малко работници ще бъдат ефективно ангажирани да плащат за съществуващите задължения в сектора на здравеопазването, пенсиите и дългосрочните грижи.

	Bulgaria	EU
Population size (thousands)	7 178	509 394
Share of population over age 65 (%)	20.0	18.9
Fertility rate ¹	1.5	1.6
GDP per capita (EUR PPP ₂)	13 600	28 900
Relative poverty rate ₃ (%)	15.5	10.8
Unemployment rate (%)	9.2	9.4

По-високият растеж също така може да генерира по-добри възможности за заетост, които да стимулират повече хора да участват в работната сила и да останат или да се преместят в България. Също и спестяванията на домакинствата трябва да е гарантират, че възрастните хора могат да си позволят приличен жизнен стандарт.

ПРОДЪЛЖИТЕЛНОСТ НА ЖИВОТА

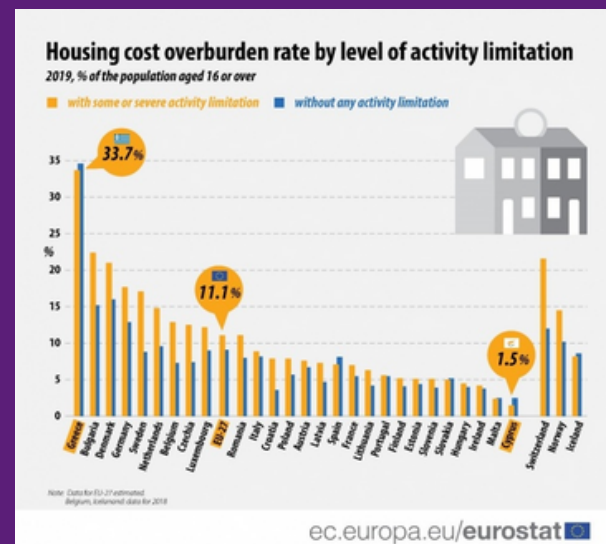
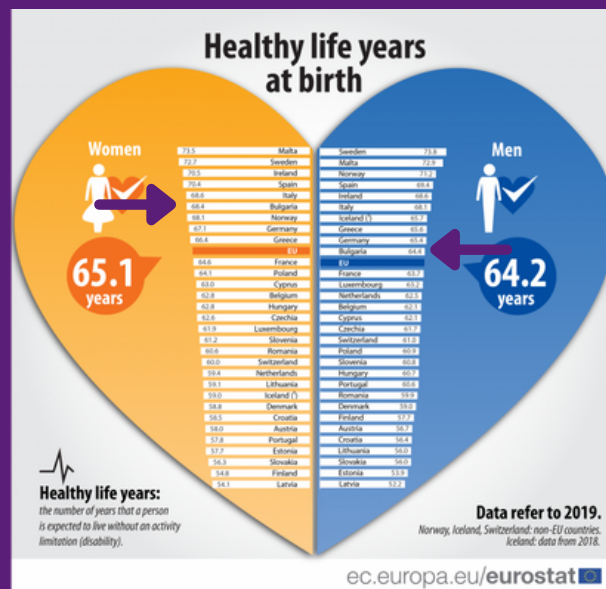
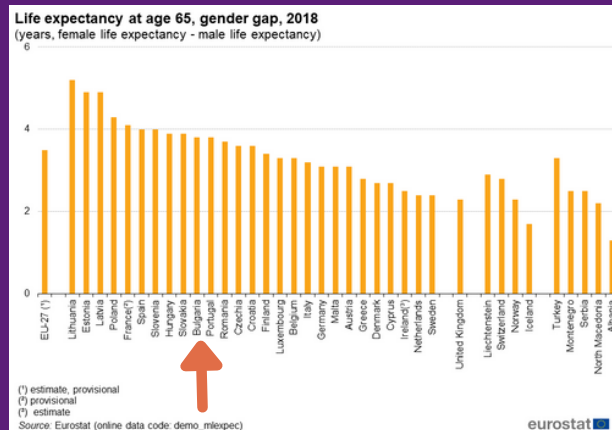
Продължителността на живота се е увеличила, но остава под средната за ЕС

Продължителността на живота в България от 74,7 години е втората най-ниска в ЕС (след Литва) и почти 6 години по-ниска от средната за ЕС. Освен това увеличението с 3,1 г. на продължителността на живот от 2000 г. насам не е толкова голямо, колкото в повечето други страни.

Продължителността на живота при жените остава най-ниската в ЕС, въпреки че се отбелязва по-голямо увеличение от мъжете. Към 2015 г. разликата между половете е 7 г. България има относително високи нива на смъртност при родилки (12 случая на 100 000 раждания през 2013 г. изглежда са изключение спрямо други години). Детската смъртност е над

След 2000 г. продължителността на живота на жените след 65-годишна възраст достига 17,6 години през 2015 г. (спрямо 15,3 г. през 2000 г.), а тази на мъжете достига 14,0 години (от 12,7 години през 2000 г.). На 65 г. българските жени могат да очакват да живеят без увреждания повече от половината (54%) от оставащите им години живот, докато мъжете могат да очакват да живеят малко по-малко от две трети (62%) от тях без увреждане. Смъртността при новородените е с 80% по-висока от средната за Европа (6,6 случая на 1000 раждания през 2000 г. срещу 3,6 през 2015 г.). През 2016 г. най-слабо представящият се регион (Ямбол) регистрира шест пъти по-висока детска смъртност от водещата област (столицата София). (Национален статистически институт, 2017г.).

Разликата в продължителността на живота в България поради социално-икономически фактори, например образованието, е особено голяма. Българите с висше образование живеят пет години по-дълго от тези с по-ниско от основно образование.



ПРИЧИНИ ЗА СМЪРТНОСТТА

Висока смъртност от сърдечносъдови болести

Смъртността поради сърдечно-съдови заболявания е изключително висока и при мъжете, и при жените и е около два пъти по-висока от средната за ЕС (19% от всички смъртни случаи - много повече от средно 11% за Европа).

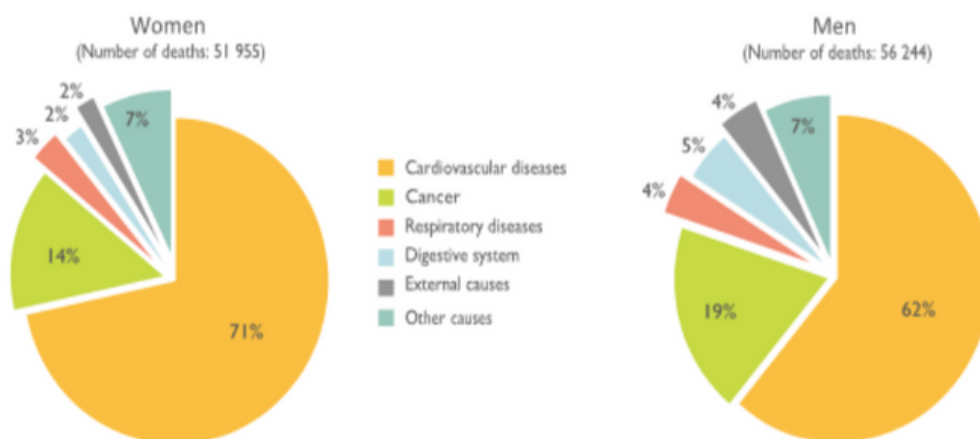
Смъртността поради мозъчно-съдови заболявания (напр. инсулт) е повече от четири пъти над средната за ЕС.

Освен това смъртността от хипертония (почти четири пъти над средната стойност за ЕС) и исхемична болест на сърцето (1,5 пъти над тази в ЕС) е много висока.

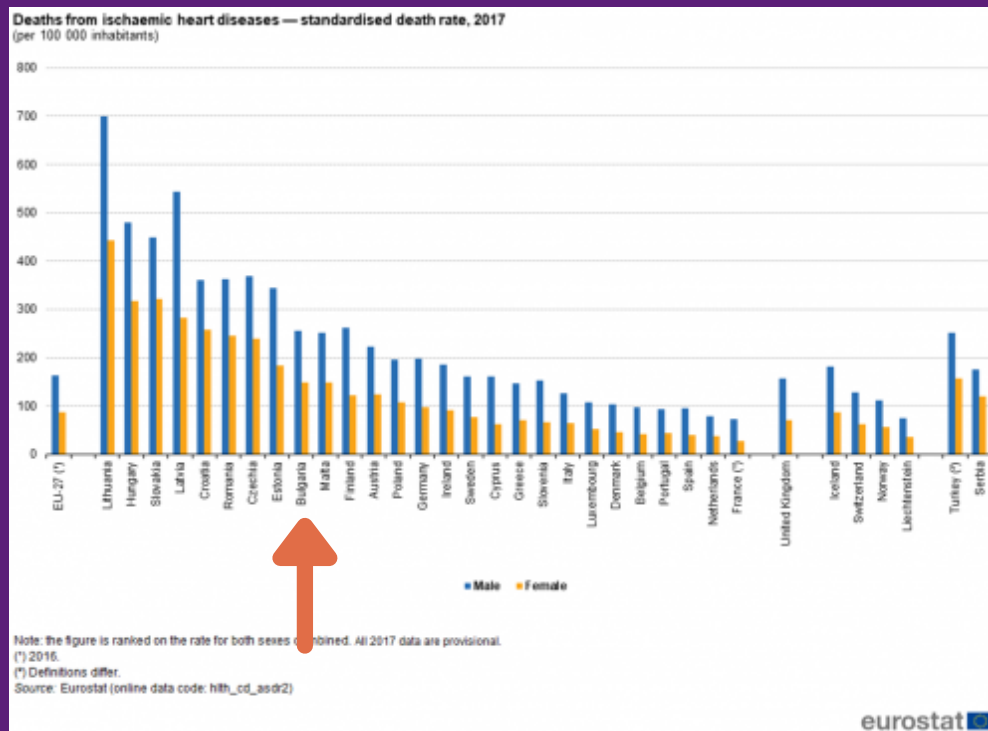
През 2014 г. нивото на тютюнопушене в България е най-високо в ЕС с 28% от възрастните, които пушат всеки ден. Нивото на консумация на алкохол (като мярка за прекомерна консумация на алкохол) е по-ниско, отколкото в други страни от ЕС, но като цяло консумацията на алкохол на глава от населението е на пето място. Разпространението на затлъстяването е ниско, но бързо се увеличава, особено сред юношите от мъжки пол. Законодателните усилия за смекчаване на рисковите фактори все още не са ефективни.

Също така е важно да се подчертае, че 1,6% от възрастните хора страдат от деменция.

Figure 2. Over 80% of both men's and women's deaths are caused by cardiovascular diseases or cancer



Мястото на България по отношение причините за смъртността на възрастните хора



Causes of death — standardised death rate, 2017
(per 100 000 inhabitants)

	Total									Females		
	Circulatory disease	Heart disease (*)	Cancer (*)	Lung cancer (*)	Colorectal cancer	Respiratory diseases	Diseases of the nervous system	Transport accidents	Suicide	Breast cancer	Cancer of the cervix	Cancer of the uterus
EU-27 (*)	370.5	119.4	257.1	52.9	30.7	75.0	40.3	6.0	10.8	32.7	4.0	6.7
Belgium	262.9	63.4	240.1	32.9	23.3	108.6	21.1	3.3	13.4	34.8	2.8	6.2
Bulgaria	1115.8	194.8	222.8	43.7	33.3	67.7	13.0	8.2	9.8	29.4	8.9	9.1
Czechia	586.1	292.3	273.8	53.1	36.7	90.9	36.6	6.9	13.2	28.7	5.7	7.4
Denmark	242.3	70.1	287.9	66.8	33.7	123.5	48.4	3.6	10.5	37.2	3.1	5.2
Germany	383.7	139.1	248.0	49.7	26.5	70.2	34.9	4.2	10.6	35.8	3.3	5.2
Estonia	633.8	240.1	289.2	48.4	37.8	43.2	23.3	5.0	17.3	31.8	8.9	6.9
Ireland	290.1	133.0	270.9	56.5	30.8	133.3	49.5	3.1	8.4	37.8	4.3	6.9
Greece	368.1	105.5	246.7	61.0	21.8	107.5	29.6	8.1	4.5	32.2	2.1	5.8
Spain	238.3	63.7	228.5	47.9	31.8	100.5	51.3	4.4	7.5	23.7	2.6	5.9
France (*)	197.2	46.8	243.8	48.7	26.3	57.0	53.4	5.0	13.2	33.1	2.3	7.3
Croatia	637.0	301.6	323.3	68.4	48.4	82.8	30.8	8.9	14.8	34.9	4.6	8.0
Italy	306.5	89.9	238.3	48.5	26.8	70.0	40.7	5.7	6.0	32.1	1.3	6.8
Cyprus	358.7	107.4	211.8	43.4	21.1	116.3	40.1	7.1	4.1	34.0	2.9	4.1
Latvia	841.8	369.8	298.7	48.9	32.3	43.0	24.4	8.2	17.9	34.0	9.2	11.4
Lithuania	822.1	536.2	274.2	42.3	31.6	46.7	24.4	8.7	20.8	26.8	11.3	8.1
Luxembourg	285.6	74.4	238.3	50.8	25.1	71.1	41.6	3.4	9.5	40.3	1.4	5.8
Hungary	764.1	381.2	342.1	89.2	33.1	89.6	23.7	8.5	16.7	37.4	6.8	7.5
Malta	334.3	190.3	224.6	41.2	33.3	103.8	24.7	4.6	3.3	28.1	3.1	5.1
Netherlands	257.2	55.0	279.9	63.5	32.0	86.8	56.0	4.2	11.3	34.9	2.3	5.6
Austria	391.9	164.9	236.2	45.5	25.0	62.9	37.3	5.2	13.9	31.7	3.3	5.2
Poland	545.2	143.2	293.6	67.0	37.1	84.2	19.8	9.4	11.7	33.4	8.0	9.5
Portugal	289.8	64.6	243.2	38.0	34.2	116.2	33.8	7.8	9.6	27.5	3.4	6.6
Romania	899.6	296.7	276.3	54.1	34.6	67.3	24.6	12.3	9.9	33.2	14.8	6.2
Slovenia	430.0	101.3	308.1	58.9	33.7	66.8	31.6	6.7	19.6	36.1	3.7	8.4
Slovakia	652.9	375.3	314.9	49.5	48.9	95.8	27.5	7.5	7.2	40.7	7.4	10.1
Finland	345.0	177.5	219.2	39.1	24.0	36.8	168.7	5.2	15.0	28.7	1.8	6.2
Sweden	309.4	111.7	231.6	38.3	27.9	67.1	54.1	2.9	12.2	26.4	2.9	6.7
United Kingdom	249.9	108.8	273.6	58.1	28.0	136.0	62.2	2.3	7.3	33.6	2.6	7.1
Iceland	289.7	128.8	237.5	49.7	23.9	101.0	103.2	2.7	9.8	30.1	4.7	5.4
Liechtenstein	301.5	50.2	186.0	29.4	24.2	113.4	19.4	9.4	14.2	21.8	5.2	21.6
Norway	232.7	79.8	241.7	47.8	38.0	103.9	50.1	3.0	11.6	23.3	3.0	6.0
Switzerland	262.4	89.0	214.8	41.5	22.1	58.2	44.1	3.7	12.4	29.8	1.5	4.5
Serbia	882.3	144.9	296.6	69.3	37.7	81.6	42.6	8.3	14.3	44.5	12.3	8.1
Turkey (*)	319.3	198.0	196.1	56.9	18.1	120.6	67.3	10.3	3.8	13.9	1.9	4.4

(*) Ischaemic heart diseases.

(*) Malignant neoplasms.

(*) Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung.

(*) 2016.

(*) Definitions differ.

Source: Eurostat (online data code: hith_cd_asd2)

ВЛИЯНИЕ ВЪРХУ ИКОНОМИКАТА

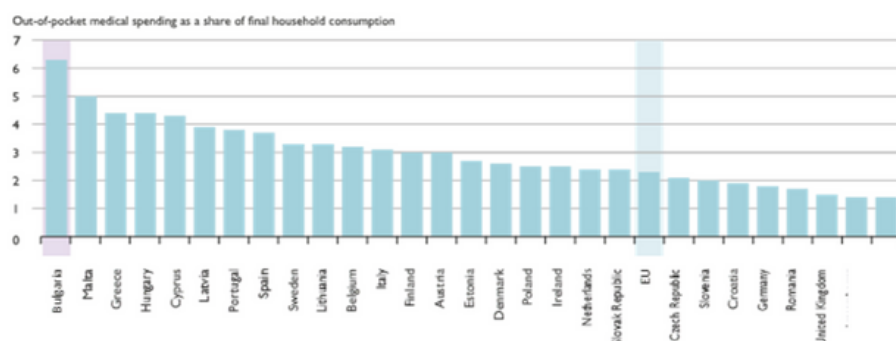
Данните от анализа на Евростат за степента на зависимост на възрастните хора в ЕС от работещото население през 2017 г. показват, че на всеки трима българи в трудоспособна възраст от 15 до 64 години има по един пенсионер над 65 години. Това означава, че според европейската статистика при около 4,4 милиона българи в трудоспособна възраст има 1,4 милиона души на възраст над 65 г. или 31,8%. Средно за ЕС делът на лицата на и над 65 г. е 19,4% от възрастното население.

През 2015 г. България е похарчила 1,117 евро на глава за здравеопазване, което е под 1/2 от средното за ЕС (2,797 евро). Приблизително половината от общите разходи за здравеопазване се финансират публично и България има изключително високи плащания от джоба - 48% - най-големите в ЕС. Около 12% от населението не се осигурява. Базата на приходите за социално и здравно осигуряване (СЗО) остава тясна поради ниските доходи, многото неосигурени лица и големия сив сектор.



	OFFICIAL NUMBER		UNOFFICIAL NUMBER		1 - Legal recognition of carers	2 - Identification	3 - Needs Assessment	SUPPORT TO CARE			9 - SOCIAL INCLUSION/PROTECTION		
	Number of carers	% of population with caring responsibilities	Number of carers	% of population with caring responsibilities				5 - Access to information	7 - Respite care	8 - Training	Financial compensation (direct or indirect)	Carers' leave	Pension credits
AT	290.000	3,5%	457.000	5,2%	✓	---	---	---	✓	✓	✓	✓	✓
BE	870.000	9,4%	1.965.250	17,5%	✓	✓	✗	---	✓	✓	✓	✓	✓
BG	N/A	N/A	N/A	N/A	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✗
CH	330.000	5,9%	1.047.168	10,8%	---	✗	✗	---	---	---	---	✗	✗
CY	N/A	N/A	N/A	N/A	✗	✗	✗	---	✓	---	✗	✗	✗
CZ	281.000	2,7%	1.263.600	12%	---	---	✗	---	✗	---	✓	✓	✗
DE	273.000	2%	18.079.600	22%	✓	---	---	✓	✓	✓	✓	✓	✓
DK	20.000	0,4%	100.000	7,7%	✗	---	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓
EE	N/A	N/A	100.000	7,7%	✗	✗	✗	✓	✗	✓	---	---	✗
EL	273.000	2,5%	3.665.200	34,0%	✗	✗	✗	---	✗	---	✗	---	✗
ES	7.232.310	15,3%	9.541.080	20,4%	---	---	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✗
FI	N/A	N/A	700.000	12,6%	✓	---	---	✓	✓	✓	✓	✓	✗
FR	8.300.000	12,4%	11.000.000	19,6%	✓	---	---	✓	✓	✓	✓	✓	✗
HR	N/A	N/A	N/A	N/A	✗	✗	✗	✗	---	✗	---	---	---
HU	N/A	N/A	450.000	7%	✗	✗	✗	✗	✓	✗	---	✓	✗
IE	195.263	4,1%	391.260	8%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
IT	4.035.000	7,0%	16.119.600	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
LV	N/A	N/A	125.497	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
LT	N/A	N/A	236.980	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
LU	4.752	1,0%	N/A	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
MT	N/A	N/A	N/A	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
NL	4.400.000	25,9%	N/A	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
NO	N/A	N/A	800.000	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
PL	1.214.000	3,2%	4.318.800	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
PT	1.100.000	12,5%	N/A	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
RO	N/A	N/A	1.580.800	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
SE	1.300.000	13,7%	N/A	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
SI	N/A	N/A	215.000	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
SK	58.000	1,1%	N/A	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
UK	6.500.000	10,4%	N/A	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Figure 13. Bulgarians spend the most in terms of final household budget on medical care



Sources: OECD Health Statistics, Eurostat Database, WHO Global Health Expenditure Database.

СОЦИАЛНИ ГРИЖИ

Социални грижи и здравеопазване

България е с едни от най-ниските разходи за здраве в Европа. Системата за социално здравно осигуряване е силно централизирана. През 1998 г. се въведе централизирана СЗО система, решение, което протича паралелно с трансформацията на страната от централно планирана към пазарна икономика. Министерството на здравеопазването отговаря за организацията и формулирането на политиката, а Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) е основният купувач в системата. По закон всички граждани са длъжни да се осигуряват и да имат право на достъп до грижи.

Постоянно голяма част от гражданите остават неосигурени

Според Споразумение за консултантски услуги 2015 г. през 2013 г. около 12% от населението не е имало СЗО осигуряване. Освен това, ако гражданите не платят три месечни вноски през предходните 36 месеца, те губят права. Това излага на риск особено уязвимите групи като дългосрочно безработните и бедните. Освен това някои хора може да не са наясно за правото си да получават финансирани от правителството вноски за СЗО.

Липсата на осигуряване е особено честа сред ромското население, от което 35% нямат здравно осигуряване. (Споразумение за консултантски услуги, 2015 г.). Към тези числа обаче трябва да се подхожда предпазливо, тъй като системите за регистрация са слаби и мнозина от тези, които се считат за неосигурени, може да живеят в чужбина.

Основни цели са предоставянето и координацията на грижите

Реформите имат за цел да засилят доставките на грижи. Основен потребител на здравни услуги е НЗОК чрез нейните 28 регионални здравноосигурителни каси. Национален рамков договор с национални асоциации на доставчици урежда отношенията между НЗОК и доставчиците. От 2015 г. има планове за селективно договаряне на болници, ако капацитетът надвишава нуждите на населението, определени от националната и регионалните здравни карти.

Дългосрочна грижа

Услугите за дългосрочни грижи и други социални и здравни услуги за възрастни и хора с увреждания в България се предоставят от две отделни системи - система за социални услуги и здравна система. Социалните услуги, определени като „дейности, които подпомагат и разширяват възможностите на хората да бъдат независими в живота, които се извършват в специализирани институции и в общността“, са регламентирани от Закона за социално подпомагане (ЗСП) и Правилника за прилагане на Закон за социалното подпомагане (ППЗСП). Тези нормативни документи определят също така условията и реда за получаване на финансова социална помощ или помощ в натура от възрастни и хора с увреждания. Съгласно ППЗСП социалните услуги се предоставят в общността и от специализирани институции. Социалните услуги в общността осигуряват условия на живот в семейна среда с цел да се подкрепят потребителите и да се насърчи социалното им включване.

Системата за дългосрочни грижи и социални услуги за възрастни хора в България се разшири значително през последните няколко години поради неотдашните реформи, насочени към деинституционализация и предоставяне на повече услуги базирани в общността и семейството като дневни центрове за възрастни хора, центрове за социална рехабилитация и интеграция, защитени домове и др.

Броят на социалните услуги, базирани в общността, предоставени на възрастни хора в края на ноември 2012 г. е 381с общ капацитет от 8167 настанявания. Въпреки това все още преобладава институционалният тип грижи. Социалната и икономическа ефективност на предоставяните услуги, най-вече в специализираните институции, е изключително ниска и трябва да се повиши чрез прилагане на съвременни и утвърдени модели на работа. В края на ноември 2012 г. специализираните институции за услуги за възрастни хора като дейност, делегирана от държавата, наброяват 162 с общ капацитет 11.254 места.

Географското покритие на услугите за дългосрочни грижи е неравномерно по отношение на регионите в България. Повече институции и по-голям капацитет за услуги се срещат в административни единици с по-голямо население. От друга страна има институции, които се намират в недостъпни райони, най-вече институции за хора с увреждания, което превръща в предизвикателство достъпа до основни услуги като здравеопазването.

Въпреки че социалните услуги, базирани в общността, значително се разшириха през последните години по отношение на тяхното разнообразие и обхват, нуждите все още не са удовлетворени, след като системата за тези услуги не е напълно изградена в цялата страна и е с географски дисбаланс. По-нататъшното ѝ развитие е основен приоритет по отношение на достъпа до услуги.

Основната цел на Националната стратегия за дългосрочни грижи е да създаде условия за независим и достоен живот на възрастни хора и хора с увреждания чрез подобряване на достъпа до социални услуги и тяхното качество, разширяване на мрежата от тези услуги в цялата страна, деинституционализация, както и насърчаване на взаимодействието между здравеопазването и социалните услуги. Прилагането на стратегията ще спомогне и за осигуряване на комплексна подкрепа за семейства, които се грижат за хора с увреждания и за възрастни хора.

Осигуряването на финанси е ключов фактор за изпълнението на тези дейности и за постигането на основната цел на деинституционализацията на грижите за възрастни и хора с увреждания, т.е. осигуряване на достъп до услуги в семейна среда или до услуги в общността.

Институционални грижи

Институционалните грижи в България се предоставят най-вече в домове за хора с увреждания и домове за възрастни хора. Бенефициентите на тези услуги не са включени в обхвата на услугите в общността. Дългосрочните здравни услуги се регулират от Закона за здравето и Закона за лечебните заведения (МЗО) и се предоставят в различни видове специализирани лечебни заведения като болници за по-нататъшно и непрекъснато лечение, болници за рехабилитация, болници за долекуване, продължаващо лечение и рехабилитация, държавни психиатрични болници, както и центрове за психично здраве и хосписи. Някои финансови помощи и обезщетения в натура за подпомагане на лица с увреждания се определят от Кодекса за социално осигуряване (КСО), Закона за интеграция на хората с увреждания (ЗИХУ) и Правилника за прилагане на Закона за интеграция на хората с увреждания (ППЗИХУ).

Table No 1 Number of social services (specialized establishments and social services in the community) for elderly people and people with disabilities as at 31.October 2013

No	Type	Number	Capacity
Specialized establishments			
1	Homes for adults with intellectual disability	27	2,137
2	Homes for adults with mental disorders	13	1,036
3	Homes for adults with physical disabilities	21	1,315
4	Homes for adults with sensory processing disabilities	4	133
5	Homes for adults with dementia	14	825
6	Homes for elderly people	81	5,593
	Total:	160	11,039
Social services in the community			
1	Day care centres for adults with disabilities	65	1,740
2	Day care centres for elderly persons	50	1,304
3	Centres for social rehabilitation and integration of elderly people	71	2,277
4	Professional Education and Training Centres	7	447
	Total:	193	5,768
Residential Social services in the community			
1	Protected housing	119	1,061
2	Supervised housing	17	104
3	Transitional housing	11	100
4	Centres for family type accommodation	53	677
5	Emergency Housing Centres	4	45
6	Temporary accommodation centres	13	625
7	Homeless shelters	2	70
	Total:	219	2,682
	Total number of the social services for elderly people and people with disabilities	572	19,489

Source: Social Assistance Agency (SAA)

Преход към базирани в общността дейности

Преходът от традиционните за България институционални грижи към базирани в общността услуги и семейни услуги се осъществява главно чрез разширяване на обхвата на услуги като дневни центрове, центрове за социална рехабилитация и интеграция, защитени жилища, развиване на модела за услуги, предоставяни у дома (личен асистент, социален асистент, домашен асистент, домашен социален патронаж). Във връзка с това решаващ за реформата в областта на услугите за възрастни и хора с увреждания е процесът на деинституционализация. Освен целевата финансова помощ за закриване на институции ключов приоритет в тази връзка е подкрепата за развитие на социални услуги в общността, което ще има и превантивен характер по отношение риска от настаняване в институции, увеличавайки капацитета на хората, заети в областта на социалните услуги и развитието на интегрирани междусекторни услуги.

Неформални грижи

Неформалните грижи са грижи в семейна среда, предоставяни от член на семейството. Традиционно грижите за възрастните хора се приемат като отговорност на членовете на семейството и се предоставят в него. След реструктурирането на системата за социални услуги в България през 2003 г. делът на неформалните услуги, предоставяни в общността или у дома, нараства. Грижи за възрастни хора с остри здравословни проблеми се предоставят най-вече от роднини. Това силно ограничава възможностите за професионална реализация на лицата, грижещи се за възрастни членове на семейството, за запазване на работното им място и създава риск за изключването им от системата за социално осигуряване, от пазара на труда и от социално изключване.



ОСНОВНИ ВЪПРОСИ

Бедност

България е страната на ЕС с най-висок процент на възрастни хора в риск от бедност, изолация и социално изключване.

Според данните на Евростат (2017 г.) България е страната в ЕС с най-висок дял от възрастните хора в риск от бедност и социално изключване (48,9%).

Освен това според проучване (2014 г.) 51% от българите над 60 г. имат сериозни материални проблеми. Анализ на Института за пазарна икономика (ИПИ, 2013 г.) в София показва, че 28% от възрастните хора живеят в бедност, а 8% в крайна бедност.

В допълнение към бедността възрастните хора в България изпитват изолация, отчуждение и маргинализация. Ситуацията е особено драматична в градовете при липсата на квартални мрежи, типични за по-малките центрове.

At-risk-of-poverty rate of older people		
Survey year		2019
Income reference year		2018
age	gender	
60 years and over	total	31.0
	male	25.3
	female	35.0
75 years and over	total	41.1
	male	29.2
	female	48.0
Less than 60 years	total	19.4
	male	19.5
	female	19.2
Less than 75 years	total	20.8
	male	20.3
	female	21.4

ПРИОРИТЕТ: Подобряване на жилищните условия за уязвимите групи и подпомагане на бездомните хора

МЕРКИ:

- Осигуряване на достъп до жилище;
- Създаване на интегрирани междусекторни услуги за бездомни, включително просяци - деца / възрастни.

ПРИОРИТЕТ: Работа в партньорство за преодоляване на бедността и социалното изключване и свързаните с това последици

МЕРКИ:

- Подобряване на информационното осигуряване на политиката за борба с бедността и социалното изключване от гледна точка на причините, измеренията и проявите на бедността и социалното изключване;
- Проучване и обмен на добри практики между държавите-членки на ЕС и заинтересованите страни на национално и местно ниво за преодоляване на бедността и социалното изключване;
- Засилване на диалога и консултациите със заинтересованите страни по въпросите на бедността и социалното изключване;
- Провеждане оценка на социалното въздействие за всички сфери на политиката, вкл. редовно извършване на независима оценка на социалното въздействие;
- Насърчаване на разработването и прилагането на пилотни практики и социални иновации въз основа на доказателства.

ПРИОРИТЕТ: Осигуряване устойчиви и адекватни социални трансфери

МЕРКИ:

- Предоставяне на материална помощ на лица и семейства в неравностойно положение;
- Подкрепа за семейства с деца;
- Увеличаване размера на пенсиите, за да станат по-адекватни;
- Извършване на оценка на въздействието на политиката, насочена към осигуряване на адекватни и устойчиви социални плащания.



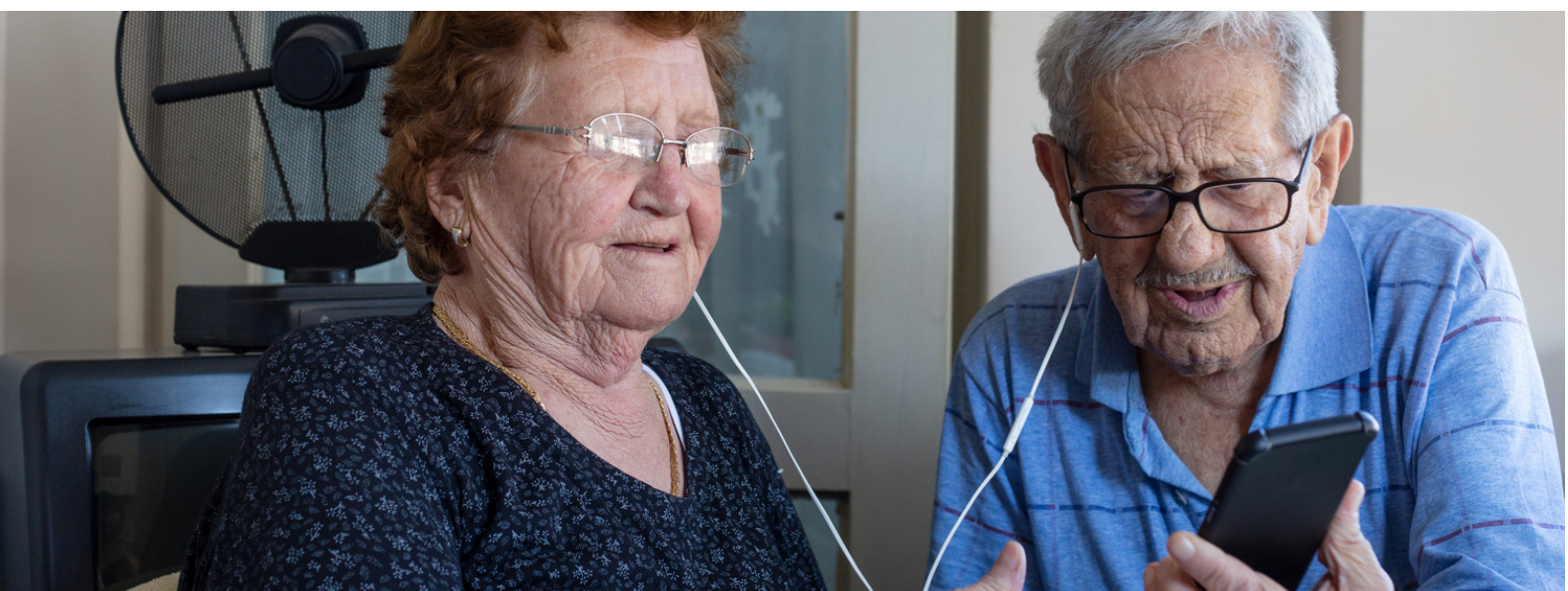
Използване на ИКТ

Понастоящем възрастните хора в България изостават от ЕС по отношение на използването на Интернет - само 10% имат достъп до мрежата (2018 г.).

Политическите промени след 1989 г., преходът от планова към пазарна икономика и реструктурирането на обществените отношения наред с икономическата криза доведоха до **силна миграция в българското общество. Най-вече младите хора се преместиха в чужбина или в по-големите градове** в страната в търсене на работа. **Около 10% от българската младеж са напуснали страната, за да живеят, работят и учат в чужбина. Тези социални явления са причинили срив в комуникацията между поколенията и належащата нужда на възрастните хора да разполагат с инструментите и знанията за общуване със своите деца и роднини, които живеят и / или работят или учат в страната или в чужбина.**

Все пак поради лошия икономически статус на възрастните е необходимо безплатно обучение за използване на ИТ, както и по-евтини или безплатни опции за връзка с техните деца и внуци с помощта на нови технологии и инструменти като Skype и др.

Така в момента възрастните хора в България изостават от ЕС по отношение на използването на Интернет - само 10% имат достъп до мрежата. Най-ниският процент на достъп до Интернет сред страните-членки на ЕС се наблюдава в България (64). Въпреки това България, заедно с Испания и Гърция, отбелязва бързо нарастване на дела на домакинствата с достъп до интернет с увеличение от 19 %процента между 2011 и 2016 г. - това беше най-голямото увеличение сред държавите-членки на ЕС (статистика на Евростат). През 2015 г. използването на интернет от домакинствата в цяла България се е увеличило с почти 20% от 33,1% през 2010 г. на 59,1% през 2015 г. (Всеобхватна национална стратегия за активно стареене в България 2016 - 2030). Югозападният регион на България (67,8%) се представя най-добре в страната, докато Северозападният е на дъното (44,9%) през 2015 г. Причините за това включват факта, че столицата, в която има най-масово използване, е в Югозападния регион. Други влияещи фактори са жизненият стандарт и нивото на икономическа активност на населението. Използването на ИКТ стана по-широко за десет години - относителният дял на домакинствата с достъп до интернет се е увеличил повече от три пъти, а използването на широколентов достъп е нараснало повече от 5 пъти.



Наблюдава се положителна тенденция в използването на интернет от възрастни хора между 55 и 64 г. и тази тенденция се засилва всяка година (Всеобхватна национална стратегия за активно стареене в България 2016 – 2030 г.). Например през 2009 г. 16,4% от възрастните хора са използвали интернет услугите, докато през 2015 г. броят им е нараснал до 37,6%. От 2004 до 2014 г. най-висок процент на използване се регистрира в Югозападния регион, като разликата между регионите намалява всяка година. Данните за 2015 г. показват, че най-добре се представя Северният централен регион по отношение на ползването на интернет от хора на възраст над 55 години (48,7%), следван от Югозападния регион (46,1%). Най-слабо използване е регистрирано в Северозападния регион (29,4%) и Южния централен регион (29,7%). Средно 22,2% от жените и 21,8% от мъжете на възраст от 55 до 74 г. използват Интернет поне веднъж седмично, което означава, че има малка разлика в използването му между жените и мъжете (Всеобхватна национална стратегия за активно стареене в България 2016 - 2030). **Използването на интернет от възрастни хора в България се увеличава, но делът на възрастните хора, използващи World Wide Web, остава нисък в сравнение с останалите държави-членки на ЕС.**

Данните (Евростат, Физически лица - използване на компютър, 2015 г.) показват, че средно 59% от населението на възраст между 55 и 74 г. в държавите-членки използва интернет, докато в България са само 27%. Освен това България регистрира дори по-ниски нива на честота на използване -12% за България срещу 46% за ЕС, използващи интернет поне веднъж седмично (Евростат, Физически лица-честота на използване на компютър, 2015 г.). Ниското ниво на използване от възрастните може да се дължи на липсата у дома на технологии - **само 18% от хората на възраст между 55 и 74 г. използват компютър у дома (Eurostat, Физически лица - места за използване на компютър, 2011 г.).**



Здравеопазване

Свързването на нивото на смъртност с разходите за здраве показва, че България се представя в съответствие с това, което може да се очаква при тези нива на разходи. Това предполага, че за подобрене в здравните резултати освен политики, които се отнасят до рисковите фактори и подобряват грижите, са необходими и повече ресурси. Показателно е, че страните, които харчат малко повече (например Хърватия и Полша), имат много по-ниска смъртност.

Функциониране на здравната система

Ефективност

Смъртността остава много висока в България. Наред с други показатели (напр. процент на оцеляване, хоспитализации, които може да се избегнат) това показва голям простор за подобряване качеството и координацията на здравните услуги.

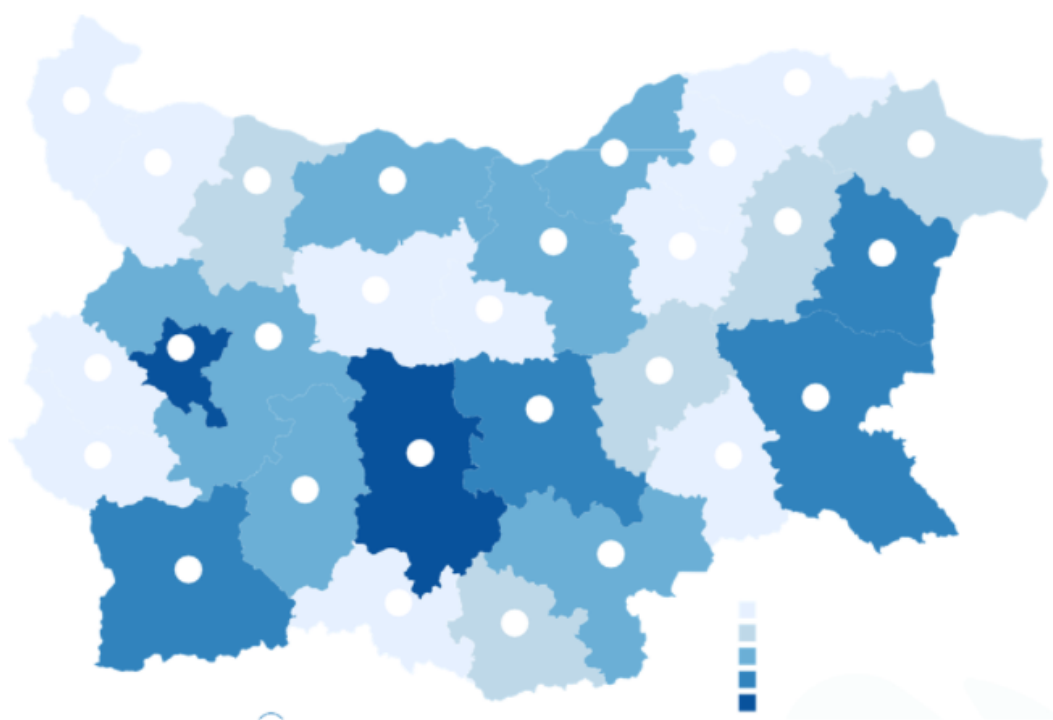
Достъпност

Незадоволяването на нуждите от медицинска помощ сочат за проблеми с достъпа до всички нива по финансови причини. Разстоянията за пътуване и наличието на лекари остават съществени бариери особено за групите с по-ниски доходи.

Устойчивост

Постигнат е напредък по отношение на управлението и отчетността. Предвид многото предизвикателства - бързо застаряващо общество, нужда от приходи, професионална миграция и недостиг на работна ръка - посоката на реформите е обнадеждаваща, но тези реформи се нуждаят от време, за да станат ефективни.

Медицинският персонал е концентриран предимно в по-урбанизирани райони.



4 градове с диагностични центрове
376 души под медицинско наблюдение
1000 места за дългосрочни грижи

Оценката на здравните технологии за фармацевтични продукти предполага по-добра стойност срещу парите.

Няколко механизма от 2011 г. са въведени или планирани за намаляване на свързаните с фармацевтиката разходи. Освен това се очаква въвеждането на оценка на здравните технологии (ОЗТ) през 2015 г. (допълнително) да повиши ефективността на тези разходи. Изпълнението започва през 2016 г. със създаването на специална комисия към Националния център по общественото здраве и анализи. ОЗТ вече се прилага за лекарства от новите международни групи с непатентовани имена, невключени преди това в позитивния списък с лекарства. Независимо от това основните причини за високия дял на фармацевтичните разходи в България трябва да бъдат по-добре разбрани - вероятно в резултат от високи цени поради липса на (централизирана) покупателна способност, прекомерна консумация на лекарства, изплащани от джоба, и може би все още слабо генерично разпространение. Липсват подробни проучвания и надеждни данни.

Структурни реформи за разходите и интегриране на грижите

Повишената ефективност в болничния сектор е цел на няколко реформи. Те целят намаляване стационарния капацитет, допускат селективно договаряне, правят промени в пакета обезщетения, допускат по-амбулаторни лечения и насърчават ефективността на разходите и качеството на информацията. Позитивни са и плановете за въвеждане на интегрирани грижи в здравната система.

ПРИОРИТЕТ: Равен и ефективен достъп до качествено здравеопазване

МЕРКИ:

- Утвърждаване на модела на здравните медиатори като предпоставка за подобряване на достъпа до здравни грижи от страна на уязвими групи;
- Подобряване на информираността на населението за ключовите рискови фактори, свързани с хроничните незаразни болести;
- Разширяване на имунизационния обхват в дългосрочен план до 95% от лицата, които са обект на ваксинация;

ПРИОРИТЕТ: Смяна на модела на институционални грижи и разработване на междусекторни услуги за социално включване

МЕРКИ:

- Предоставяне на устойчиви, качествени и достъпни социални услуги в общността, които отговарят на индивидуалните нужди на потребителите;
- Разработване на мрежа от услуги в семейна среда или в близка до семейната среда за деца, хора с увреждания и възрастни хора, които са зависими от професионални грижи;
- Проектиране на интегрирани услуги за ранно детско развитие за деца на възраст от 0 до 7 години и за техните семейства;
- Разработване на иновативни междусекторни услуги за деца и семейства и други уязвими групи;
- Осигуряване на комплексна подкрепа на семейства, които се грижат за лица с увреждания и възрастни хора;
- Постоянно въвеждане на добри практики за деинституционализация на пациенти с психични разстройства;
- Разработване на финансов механизъм, осигуряващ устойчивост на услугите, финансирани по оперативните програми.

Социално включване

Деинституционализацията в България трябва да се разбира като двустранен процес - и затваряне и преобразуване на наличните институции и предоставяне на услуги в общността като алтернатива на институционалната грижа. В този смисъл деинституционализацията на грижите за възрастни хора и хора с увреждания е насочена към развитието на мрежа от услуги в общността и семейството с цел осигуряване на независим и достоен живот на възрастните хора и хората с увреждания и пълно социално включване.

ПРИОРИТЕТ: Подобряване на капацитета и взаимодействието в областта на образованието, здравеопазването, заетостта и социалните услуги при изпълнение на общите цели за социално включване

МЕРКИ:

- Подобряване на планирането на услугите в различните сектори, включително на регионално ниво, както и координацията на планирането;
- Увеличаване на капацитета чрез нов подход за предоставяне на услуги – мултидисциплинарен и индивидуален подход, комплексна оценка и др.;
- Създаване и въвеждане на системи за наблюдение и контрол на въздействието и ефективността на предлаганите услуги;
- Оценка на въздействието на политиката в областта на заетостта, доходите, социалните, здравните и образователните услуги;
- Изграждане на капацитет на общините, неправителствените организации, социалните партньори и доставчиците на услуги за формулирането и прилагането на интегрирани политики за социално включване.

ПРИОРИТЕТ: Осигуряване на достъпна среда - физическа, институционална и информационна

МЕРКИ:

- Осигуряване достъп до публични сгради, домове, открити места и др.; Осигуряване на достъп до информация и комуникация;
- Осигуряване на достъп до публични услуги;
- Осигуряване на достъп до култура и спорт.



ЗАКЛЮЧЕНИЕ



Основните приоритети за овластяване на хората над 65 години са:

- ✓ Осигуряване на равен и ефективен достъп до качествено здравеопазване
- ✓ Елиминирание на модела на институционални грижи и разработване на междусекторни услуги за социално включване
- ✓ Осигуряване на устойчив и адекватен социален трансфер
- ✓ Подобряване на капацитета и взаимодействието в областта на образованието, здравеопазването, заетостта и социалните услуги при изпълнение на общи цели за социално включване
- ✓ Осигуряване на достъпна среда - физическа, институционална и информационна
- ✓ Подобряване на жилищните условия за уязвимите групи и подпомагане на бездомните хора
- ✓ Работа в партньорство за преодоляване на бедността и социалното изключване и свързаните с тях последици

КОНТАКТИ

Име на организацията

Агенцията по заетостта

Имейл

az@az.government.bg

Тел.:

+359 2 980 87 19

Уеб сайт

<https://www.az.government.bg>

Име на организацията

Агенция за хората с увреждания

Имейл

ahu@mlsp.government.bg

Тел.:

+359 2 931 80 95

Уеб сайт

<https://ahu.mlsp.government.bg>

Име на организацията

Център за равни възможности

Имейл

snc_shans@abv.bg

Phone
Тел.:

052/610 301

Уеб сайт

<https://www.shans-bg>

Име на организацията

Съюз на инвалидите в България

Имейл

udpb@abv.bg

Тел.:

02/986 70 70

Уеб сайт

<https://www.disability-bg.org>

Име на организацията

Резиденция за възрастни хора „Сердика“

Имейл

Тел.:

+359 888 111 898

Уеб сайт

info@serdika.com

Име на организацията

Съюз на глухите в България

Имейл

sgb@sgbbg.com

Тел.:

+359 02 980 47 78

Уеб сайт

web: www.sgbbg.com

КОНТАКТИ

Име на организацията

БАЛИЗ

Имейл

bapid@bapid.com

Тел.:

(+359 2) 4174419

Уеб сайт

<https://bapid.com>

Име на организацията

НС на ТПК

Имейл

uniontpk@uniontpk.com

Тел.:

+ 359 2 980 59 45

Уеб сайт

<http://www.uniontpk.com>

Име на организацията

Федерация на работодателите на инвалиди

Имейл

nfri@abv.bg

Тел.:

+359 2 986 53 00

Уеб сайт

<http://nfri.bg>

Име на организацията

Асоциация “Да съхраним жената”

Имейл

women_asg@abv.bg

Тел.:

+359 878/160 137

Уеб сайт

<http://woman-bg.bg>

Име на организацията

СНЦ Шанс за хора с увреждания

Имейл

snc_shans@abv.bg

Тел.:

+359 52 650 231

Уеб сайт

<https://www.shans-bg.org/>

Име на организацията

Център за социална рехабилитация и интеграция

Имейл

csri.dalgopol@gmail.com

Phone

+359 888695006

Уеб сайт

<http://daktivni.com>

КОНТАКТИ

Име на организацията

НАРХУ

Имейл

info@narhu.org

Тел.:

+359888 62 45 00

Уеб сайт

<https://www.narhu.org>

Име на организацията

Агенция за социално подпомагане

Имейл

ok@asp.government.bg

Тел.:

+359 2 935 05 18

Уеб сайт

<https://asp.government.bg>

Име на организацията

Национален алианс за социална отговорност

Имейл

office@naso.bg

Тел.:

+359 882 122 730

Уеб сайт

<https://naso.bg>

Име на организацията

Пиа Метер

Имейл

priemna@piamater.org

Тел.:

+3592 442 12 81

Уеб сайт

<https://www.piamater.org>

Име на организацията

БЦДИ

Имейл

office@bgrf.org

Тел.:

+359 2 963 53 57

Уеб сайт

<http://bgrf.org>

Име на организацията

Български фонд за жените

Имейл

office@bgfundforwomen.org

Тел.:

+359 2 426 92 02

Уеб сайт

<https://bgfundforwomen.org>

РЕСУРСИ

1. Eurostat statistic data

http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=isoc_sk_dskl_i&lang=en

2. National Statistical Institute

3. “National Comprehensive Strategy for Active Aging in Bulgaria 2016 – 2050” – Ministry of Labour and Social Policy

4. The statistics portal <https://www.statista.com/statistics/379026/internet-usage-at-home-bulgaria/>

5. eGovernment in Bulgaria. European Commission Report, February 2016, edition 13.0

6. Republic of Bulgaria State eGovernment Agency <https://e-gov.bg/en/1>

7. “Bulgaria: “Elderly people now online: School in the afternoon project”. European Network for Integrational Learning.

http://www.enilnet.eu/CaseStudies/ENIL_Bulgaria_case%20study.pdf

8. “Active Aging: How Can Bulgaria Tap the Potential of the Elderly?”. The World Bank. <http://www.worldbank.org/en/events/2016/06/22/active-aging-how-canbulgaria-tap-the-potential-of-elderly>

9. National Comprehensive Strategy for Active Ageing in Bulgaria

https://www.mlsp.government.bg/ckfinder/userfiles/files/politiki/demografaska%20politika/publikacii/Draft_National_Comprehensive_Strategy_project_En.pdf

10. ICT usage in households and by individuals in Bulgaria in 2015

http://computerworld.bg/49375_ict_usage_in_households_and_by_individuals_in_bulgaria_in_2015#!prettyPhoto

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_bulgaria_english.pdf

<https://www.novinite.com/articles/189992/Eurostat%3A+For+every+Three+Bulgarians+i+n+Working+Age+there+is+One+Pensioner>

https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Population_structure_and_ageing

<https://www.balcanicaucaso.org/eng/Areas/Bulgaria/Elderly-Bulgarians-the-lost-generation-167744>

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1103&langId=en&intPageId=4434>
<file:///C:/Users/pc/Downloads/KE-01-18-637-EN-N.pdf>

РЕСУРСИ

<https://www.mu-varna.bg/BG/Documents/novini%202018/HiT-Bulgaria-2018-web.pdf>

<https://www.files.ethz.ch/isn/122384/Bulgaria.pdf>

https://www.dnevnik.bg/bulgaria/2019/04/30/3427063_prez_izminalata_godina_22_o_t_naselenieto_e_bilo_pod/

https://old.mlsp.government.bg/index.phpsection=POLICIES&lang=_eng&P=279

<https://www.nsi.bg/en/content/8294/poverty-and-social-inclusion-indicators-national-level>

https://www.google.com/search?q=National+Strategy+for+Long-Term+Care&rlz=1C1GCEA_enBG912BG912&oq=National+Strategy+for+Long-Term+Care&aqs=chrome.0.69i59j69i60j69i61l2.6632j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8

<https://www.worldbank.org/en/events/2016/06/22/active-aging-how-can-bulgaria-tap-the-potential-of-elderly>

<https://www.balcanicaucaso.org/eng/Areas/Bulgaria/Elderly-Bulgarians-the-lost-generation-167744>